Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnych zapaleń śródpiersia tylnego.

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

W przemówieniu swem na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego w Paryżu 13-go Marca 1895 r, uwydatnił już Ziembicki[1]), że wiedza nasza o zapaleniu tylnego śródpiersia, oraz o operacyjnem jego leczeniu, stanowią czarny punkt naszej współczesnej chirurgii; niemniej zaznaczył, na podstawie jednego, przez się spostrzeganego przypadku, swoje zapatrywania co do obydwóch dotąd podanych, lecz na żywym chorym jeszcze nie wypróbowanych operacyjnych metod, t. j. metody Nasiłowa (*Wracz* 1888 Nr. 25), i metody podanej przez spółkę lekarzy francuskich, pp. Quénu et Hartmann (*Bulletin de la Société de Chirurgie* 1891, Luty).

Gdy zatem w sprawie tak ważnej każdy przyczynek uważać należy za bardzo pożądany, pośpieszam z ogłoszeniem moich kilku przypadków; a to tembardziej, że przy tej sposobności poczynić mi wypada kilka uwag, odnoszących się do historycznego rozwoju tych metod i praktycznego ich zastósowania.

---

[1]) Przegląd Lekarski z r. 1895.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że metody te, przeznaczone są tak dobrze dla dostania się do przestrzeni, zwanej tylnem śródpiersiem, jako też i do innych utworów w sąsiedztwie się znajdujących, a przed innymi do przedniej powierzchni kręgów piersiowych. Właściwe zapalenie ropne lub posokowate tkanki łącznej śródpiersia tylnego należy do bardzo rzadkich wydarzeń; nic więc dziwnego, że zanim te, powyżej wymienione, a tylko na trupie wypróbowane metody, znalazły praktyczne zastósowanie na chorym, podobne metody zostały użyte do odsłonięcia ropnych lub gruźliczych ognisk, umiejscowionych w trzonach kręgów piersiowych.

Swietne wyniki jakie osięgał Treves [1]) przez bezpośrednie dostawanie się do kręgów lędźwiowych, przy próchnieniu ich trzonów, musiały zachęcać do ich atakowania i w części piersiowej stosu pacierzowego; to też marzenia Boeckela ziścili prawie równocześnie dwaj francuscy chirurdzy, Vincent i Auffret, jakoteż Schoeffer w Ameryce [2]), którzy, nie znając pracy Nasiłowa, a jeszcze przed wystąpieniem pp. Quénu i Hartmanna, w sześciu przypadkach dotarli do trzonów kręgów piersiowych, w latach 1889 i 1890.

Idąc chronologicznie, następuje, jako siódmy z rzędu, mój pierwszy przypadek, który operowałem w r. 1891, po przeczytaniu krótkiego doniesienia o operacyi wykonanej przez Vincenta, a który niniejszem tutaj podaję:

1) Salomon F. l. 19, syn szewca z Rzeszowa, źle odżywiony, blady i niedokrewny, opowiada, że choruje od kilku miesięcy na guz w okolicy lędźwiowej. Przed 2-ma miesiącami wypuszczono grubym trójgrańcem treść z tego guza (zimny ropień) i wstrzyknięto weń sterylizowaną mieszankę glicerynowo-jodoformową. Guz ten napełnił się znów w krótkim czasie, a nadto wystąpił stan porażenny obu kończyn dolnych tak, że pacyent wcale na nich utrzymać się, a więc i chodzić,

---

[1]) The direct treatment of psoas abscess with caries of the spine. Medico-chirurgical Transactions 1884.

[2]) patrz Chipault: Chirurgie opératoire du système nerveux. T. II. S. 66.

nie mógł. Mocz i kał oddawał bezwiednie. Badanie wykazało w okolicy lędźwiowej prawej wyniosłość chełboczącą, niebolesną, o skórze bladej, wielkości głowy noworodka; jakiegoś wystawania lub bolesności którego z kręgów, nie stwierdzono.

D. 3. Stycznia, 1891, rozcięto w narkozie chloroformowej ową wyniosłość, a gdy po odpłynięciu znacznej ilości płynu rzadkiego, do ropy podobnego, nie można było sklepienia jamy dosięgnąć, przedłużono cięcie nieco ku górze, wyresekowano 12 żebro, a odsuwając opłucnę na bok, dostano się do trzonów 11-go i 10-go kręgu, który to ostatni okazał się z prawego boku nadżartym. Wyłyżeczkowano, wytarto mięszanką jodoformowo - glicerynową i wytamponowano gazą jodoformową.

Przebieg był nadspodziewanie dobrym. W sześć tygodni po operacyi opuszcza pacyent zakład w następującym stanie: Rana w całości zagojona, — stan porażenia ustąpił, pacyent może się na nogach utrzymać i, przy pomocy laski, chodzić Wywiady późniejsze wykazały, że człowiek ten żył jeszcze $1^1/_2$ roku, chodził dobrze, rana się nie odnawiała, a zmarł najprawdopodobniej skutkiem suchót płucnych.

Następuje przypadek Rydygiera, przedstawiony na siódmym zjeździe chirurgów polskich przez Kryńskiego[1].

W r. 1896 miałem sposobność operowania następujących czterech przypadków.

2) Laja W., l. 18, przybyła na oddział 14. Lutego 1896, w stanie znacznego osłabienia, oświadczając, że była operowaną w jednym z prowincyonalnych szpitali z powodu bolesnego obrzmienia na klatce piersiowej, poczem jej pozostała przetoka, z której odpływa znaczna ilość ropy. Badanie wykazało stłumienie wypuku na przestrzeni wielkości dwóch dłoni z tyłu po prawej stronie, tuż przy stosie pacierzowym, pośród niego bliznę w szóstem międzyżebrzu z przetoką wielkości grochu, wydzielająca ropę rzadką; sonda, wprowadzona przez nią, wchodzi w kierunku ku kręgom i nieco ku górze. Gdy nadto szmery oddechowe po tejże samej stronie okazały się prawidłowymi, zacząłem przypuszczać sprawę ropną mię-

---

[1]) patrz Pamiętnik VII. wiecu chirurgów polskich. 1896. Tu dodać winienem, że chora, o której tam mowa, opuściła wprawdzie szpital św. Łazarza, lecz w stanie rozpaczliwym i zmarła wkrótce w domu z wycieńczenia.

dzy opłucną a klatką piersiową, a nie, jak to się na pierwszy rzut oka wydawało, przetokę pozostałą po przebytej torakocentezie. Przypuszczenie to nabrało pewności, gdy, po rozszerzeniu rany, zbadałem ją palcem i zgłębnikiem, przyczem stwierdziłem, że w głębi koło trzonów kręgowych znajduje się główny zbiornik ropy. Nie pozostawało zatem nic innego, jak dostać się do owego zbiornika, odszukać przyczynę owego ropienia i ją usunąć. W tym celu wyresekowałem trzy żebra (4—6) w okolicy ich kątów, w długości około 5 cmt. i począłem odłuszczać opłucnę, co szło z dosyć znacznym oporem, przyczem w jednem miejscu nastąpiło otwarcie worka opłucnowego, z wyraźnie słyszalnym szelestem od wpadadającego weń powietrza. Otwór niewielki wytamponowałem zaraz gazą sterylizowaną i ukończyłem dalsze odklejanie opłucny, poczem dostałem się do jamy dosyć obszernej, położonej tuż przed trzonami 4-go i 5-go kręgu piersiowego, z których pierwszy był obnażonym z okostny i chropowatym. Ropy odpłynęło około 200 gmm.: ściany jamy wyskrobałem i całość wytamponowałem gazą jodoformową.

Przebieg dalszy był względnie dosyć gładkim; z początku skarżyła się chora wprawdzie na duszność, z powodu odmy piersiowej, przyczem dosyć znacznie gorączkowała; lecz wkrótce przeszło jedno i drugie, a rana pokryła się pięknemi brodaweczkami, które powoli lecz stale prowadziły do zmniejszenia się jamy. Zupełne zagojenie nastąpiło po trzech miesiącach.

3) Anna G., l. 19, zgłosiła się 19. Marca, 1896 roku, z prośbą o wyleczenie jej z przetok istniejących od 2 lat w pachwinie prawej, po pęknięciu dużego ropnia. W przypuszczeniu sprawy gruźliczej, wyżej w kościach się odbywającej, zapuściłem zgłębnik, a gdy tenże dotarł aż w pobliże ostatnich żeber, postanowiłem ognisko to odsłonić i wprost nań działać. W tym celu przeciąłem skórę po zewnętrznym brzegu mięśnia krzyżo-lędźwiowego na wysokości ostatnich kręgów piersiowych i pierwszych lędźwiowych, wyresekowałem dwa ostatnie żebra i zacząłem powoli oddzielać opłucnę, którą jednak, mimo całej ostrożności, w jednem miejscu zraniłem. Otwór ten wypełniłem gazą sterylizowaną i postępowałem dalej, aż dostałem się do jamy dosyć obszernej, zawierającej płyn rzadki, do ropy podobny i liczne choć drobne kosteczki, pochodzące z przedniej ściany 10-go kręgu piersiowego. Jamę wyskrobano, zalano płynem jodoformowym N e u b e r a i wytamponowano gazą jodoformową. Z początku

skarżyła się chora na duszność z powodu powstałej odmy piersiowej; lecz gdy ta po kilku dniach ustąpiła, zaczęły powracać siły, a rana wypełniać się lepszemi brodaweczkami. Po upływie trzech miesięcy opuściła chora zakład z zagojonemi przetokami w pachwinie i trochę sączącą przetoką w okolicy 10-go kręgu piersiowego.

4) Józef S., l. 33., rolnik, zgłosił się 23. Czerwca, 1896 r. na mój oddział, prosząc o wyleczenie go z przetoki, położonej w okolicy lędźwiowej lewej, a wydzielającej od kilku miesięcy sporą ilość ropy, po przecięciu ropnia tamże powstałego.

Położenie przetoki przemawiało najbardziej za jej pochodzeniem nerkowem; gdy jednak ani rozbiór moczu, ani kierunek zgłębnika, który wchodził głęboko aż pod 11 żebro, nie przemawiały za tem, przystąpiłem do resekcyi dwu ostatnich żeber z cięcia, przeprowadzonego od przetoki ku górze w przypuszczeniu, że w ten tylko sposób odkryję ognisko ropne, które najprawdopodobniej wzięło początek od kręgów.

Tym razem dała się opłucna oddzielić bez szwanku, dotarłem do zbiornika ropy, położonego w tylnem śródpiersiu, na wysokości 5-go i 6-go kręgu piersiowego i to tak po lewej jak i po prawej ich stronie. Po odpłynięciu znacznej ilości ropy, wyskrobano obnażone powierzchnie trzonów kręgowych i wytamponowano jamę gazą jodoformową. Gojenie rany postępowało prawidłowo, a po sześciu tygodniach opuścił pacyent zakład jako wygojony.

I następujący piąty przypadek muszę tutaj zaliczyć, jakkolwiek, z powodu spóźnionego zgłoszenia się, operacya śródpiersia mogła być dokonaną tylko na zwłokach, podobnie jak się to stało w przypadku Ziembickiego.

5) Wojciech B., l. 21, robotnik, przedstawił się w ambulatoryum pawilonu chirurgicznego 3. Lutego, 1896 r., z powodu zupełnej niemożności łykania i znacznej gorączki. Przyjęto go natychmiast na oddział, gdyż był tak osłabionym, że ledwie mógł się utrzymać na nogach. Badanie wykazało lekki obrzęk na szyi po stronie prawej, przy ucisku nieco bolesny, niemożność przeprowadzenia zgłębnika gardzielowego gumowego, podniesienie ciepłoty do 39·5^0 C.; tętno nikłe 120. Rozpoznawszy głęboką flegmonę na szyi, wykonałem 4. Lutego 1896 r., warstwowe cięcie po stronie prawej, przyczem wydobyło się kilka łyżek mocno cuchnącej, brudnej, rzadkawej posoki.

Na drugi dzień znaleziono chorego w lepszym stanie z ciepłotą nieco niższą (38·7) i możnością przełykania płynów; nadto wydobyto z niego przy usilnych pytaniach, że on miał połknąć przed dwoma tygodniami kostkę, z którego to powodu zgłaszał się nawet do ambulatoryum tutejszego oddziału laryngologicznego, gdzie jednak żadnego ciała obcego nie wykazano.

Polepszenie to było jednak tylko chwilowem, gdyż wieczorem podniosła się ciepłota znowu bardzo wysoko, osłabienie większe, rana pokryła się wypociną błoniczą, a nadto stwierdzono, że ciecz posokowata wydobywa się z głębi klatki piersiowej; w przypuszczeniu zatem, że zajętem jest także tylne śródpiersie, postanowiono na drugi dzień rano otworzyć je za pomocą cięcia Quénu-Hartmanna. Tymczasem chory rana nie doczekał. Nie mogąc wykonać operacyi tej na żywym, postanowiłem wykonać ją na trupie, co też się stało w zakładzie anatomo-patologicznym, za zezwoleniem kol. prof. Browicza. Opłucna dała się odsunąć bez nadwyrężenia, a palec lewej ręki, wprowadzony przez ranę na szyi, dotykał swobodnie końca palca wskazującego prawego, wprowadzonego przez ranę utworzoną na klatce piersiowej.

Dla dokładności obrazu dodam, że sekcya nie wykazała ani ciała obcego, ani też żadnej rany w gardzieli po nim pozostałej. Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Gangraena textus peripharyngealis et perioesophagealis. Pleuritis serofibrinosa ambilateralis. Pericarditis serofibrinosa.*

Rozpatrzywszy się we wszystkich tych 13 przypadkach wynika, że główną podstawą tej operacyi jest resekcya kilku żeber w pobliżu uczepienia ich do kręgów piersiowych i ostrożne oddzielanie opłucny ściennej od tych ostatnich. Czy to się dokonywa z cięcia kątowatego (Nasiłow), czy z takiegoż w kształcie litery T (Vincent), czy też, jak najczęściej było, z prostego podłużnego, nie zmienia istoty rzeczy.

Ten najważniejszy akt, tj. odłuszczanie opłucny ściennej od główek żebrowych i trzonów kręgowych, odbywa się w pewnych razach dosyć łatwo, jak o tem zresztą świadczą próby tej operacyi na zwłokach, w innych zaś dosyć trudno, a nawet prowadzi do przedarcia opłucny; że się zaś to nie

wydarza zbyt często, dowodzi ta okoliczność, że na 13 operacyj, w ten sposób przedsiębranych, obrażono ją tylko trzy razy, t. j. 23%; a jeżeli się uwzględni operacye na żywych chorych dokonane, to na 11 tylko 2 razy, czyli 18%. Lecz i ten odsetek byłby za wielkim, gdyby nam przyszło zadawalniać się uspokojeniem, jakie nam daje Ziembicki (l. c.), przytaczając przypadek Langenbecka, w którym, po przebiciu się ropy ze śródpiersia do worka opłucnowego, ostateczny wynik był pomyślnym.

Ja przynoszę o wiele lepsze wieści pod tym względem, albowiem obydwa przypadki zranienia opłucny przy tej operacyi, dokonanej na żywych chorych, wydarzyły się mnie (patrz powyżej przypadki pod 2 i 3) i w obydwu udało mi się zapobiedz zropieniu worka opłucnowego przez zatkanie otworu gazą sterylizowaną; w obu przyszło jedynie tylko do odmy piersiowej (*pneumothorax*), która, jako od zewnątrz powstała, a więc dalej nie zasilana, zazwyczaj krótkim odznacza się przebiegiem, naturalnie pod warunkiem, że razem z powietrzem nie dostają się żadne szkodliwe czynniki. Może nie zawsze uda się uniknąć, przez szybkie wytamponowanie otworu gazą wyjałowioną, ropnego zapalenia worka opłucnowego; w każdym razie oba moje przypadki pomyślne powinny bardzo do tego zachęcać.

Kwestya, czy w tych razach, w których mamy dotrzeć do samego śródpiersia, lepiej jest operować z prawej czy lewej strony, nie jest tak bardzo ważną, jakby się to wynikać zdawało z teoretycznych wywodów Nasiłowa i Quénu-Hartmanna; podzielam zdanie Ziembickiego, że tu kierować się należy nie tyle stosunkami anatomicznymi, ile indywidualnemi wskazówkami, wynikającemi z przebiegu każdego pojedyńczego przypadku, a to tembardziej, że ropa, rozszerzając się w przestworze tylnego śródpiersia, dostaje się częstokroć na obie strony trzonów kręgowych, a tem samem oddala od nich załamki błony surowiczej. Gdzie owych specyalnych wskazówek niema, tam nie zawadzi uwzględnić radę Quénu-Hartmanna, t. j. pójść po stronie lewej,

a to dlatego, że załamek opłucnowy prawy bywa dłuższym i zachodzi aż po za gardziel.

Owemi wskazówkami, z przebiegu choroby wynikającemi, może być *a*) flegmona na szyi, która się ku śródpiersiu opuściła, albo równocześnie z flegmoną śródpiersia powstała; *b*) ropień obok kręgów się pokazujący; *c*) przetoka na klatce piersiowej lub w okolicy lędźwiowej; wreszcie *d*) ciało obce w gardzielu, jeżeli na pewno da się wykazać, że po tej lub owej stronie wbija się w jego ściany.

Jeszcze na jedną okoliczność zwrócić muszę uwagę, a mianowicie na etyologię w mowie będącej choroby. Ostre zapalenie tkanki łącznej w tylnem śródpiersiu należy do bardzo rzadko napotykanych chorób, osobliwie jeżeli ono dotyczy samego właściwego śródpiersia (*mediastinitis suppurativa*). Z powyżej wspomnianych 13 przypadków należą tutaj przypadki Ziembickiego, Rydygiera i mój ostatni. Na szczególniejszą uwagę zasługują dwa przypadki z moich (2gi i 4ty), które, jakkolwiek początkowo ostro przebiegające, przeszły w stan przewłoczny skutkiem wytworzenia się uporczywych przetok. Oba one były następstwem ostrego zapalenia kości kręgów piersiowych i należą do unikatów, obok sześciu innych dotąd w literaturze znanych, a dopiero niedawno przez Moriana[1]) ogłoszonych.

1) Deutsche med. Woch. 1893. Nr. 48.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1896. Nr. 52.

Kraków 1896. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.